

Н. Ф. Лызиков, В. М. Жолнеровский

К ВОПРОСУ О ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Н. Ф. Лызиков) Витебского медицинского института

В статье Б. И. Железнова (1973) «О некоторых гиперпластических процессах эндометрия» своевременно выдвинут для дискуссии ряд актуальных вопросов, по которым нет единого мнения как среди акушеров-гинекологов, так и морфологов.

В настоящее время установлено, что гиперпластические процессы возникают в результате нарушения гормональных взаимоотношений в организме, выражающегося в абсолютной или относительной гиперэстрогении (Я. В. Бохман; В. Э. Мейпалу, и др.).

Нами проанализированы истории болезни 877 женщин с гиперпластическими процессами эндометрия, вызванными гиперэстрогенией, которые лечились в гинекологической клинике с начала 1968 года по июль 1973 года. Эти больные составили 6,2% всех госпитализированных в клинику. По материалам патологоанатомического отделения, гиперпластические процессы эндометрия обнаружены в 27,6% исследованных соскобов слизистой оболочки матки.

Гиперпластические процессы эндометрия чаще встречались у больных в возрасте от 36 до 55 лет. Из 877 наблюдавшихся больных с гиперпластическими процессами эндометрия в возрасте до 20 лет была 1 больная, 21—25 лет — 17, 26—30 лет — 30, 31—35 лет — 67, 36—40 лет — 126, 41—45 лет — 276, 46—50 лет — 269, 51—55 лет — 69 и старше 55 лет — 22 больные. Эти данные свидетельствуют о том, что наибольшая частота гиперпластических процессов эндометрия отмечается в последнее пятилетие периода половой зрелости и в климактерическом периоде. В постклимактерическом периоде наблюдается снижение частоты этой патологии. Средний возраст больных с гиперпластическими процессами эндометрия составил 42,8 года.

Отдельно проанализированы клинические и морфологические данные у 83 больных с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия. У таких больных чаще, чем у других больных с гиперпластическими процессами слизистой оболочки матки, наблюдалась атипическая гиперплазия (в 2,6 раза). Средний возраст женщин с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия не отличался от возраста женщин с нерецидивирующим течением заболевания.

При изучении характера менструальной функции у больных с рецидивами гиперпластических процессов эндометрия установлено, что у 39,7% из них менструации начались в возрасте 16 лет и старше, у 19,3% они установились не сразу, у 25% были болезненными, у 5% — нерегулярными, у 29% — обильными и у 26,5% больных продолжались более 5 дней. Из приведенных данных видно, что у женщин с рецидивирующими гиперпластическими процессами в эндометрии часто встречаются позднее начало, замедленное становление менструальной функции, болезненные, обильные и продолжительные менструации. Имеются основания полагать, что

в организме этих женщин нейро-эндокринные взаимоотношения нарушены уже с периода полового созревания.

Чрезвычайно важное клиническое значение имеет вопрос о предрасположенности различных форм гиперпластических процессов эндометрия к злокачественному опухолевому росту.

Атипическая гиперплазия эндометрия более других гиперпластических процессов предрасположена к озлокачествлению. Многочисленные наблюдения, а также ретроспективный анализ данных микроскопического исследования соскобов эндометрия больных с рецидивирующими формами гиперпластических процессов и аденокарциномы матки убеждают нас в правильности такой точки зрения. Вместе с тем мы считаем нерациональным вводить термин карцинома *in situ* эндометрия в связи с противоречивостью его, трудностью дифференциальной диагностики и неблагоприятным воздействием на психику.

По вопросу о лечении больных с гиперпластическими процессами эндометрия среди гинекологов нет единого мнения. Однако очевидна необходимость при этом дифференцированного подхода и выбора мероприятий для нормализации нарушенных эндокринных взаимоотношений в организме женщины. Тактика врача и характер лечения больных с гиперпластическими процессами эндометрия должны определяться формой и степенью гиперпластических изменений, клиническими проявлениями и длительностью течения заболевания, эффективностью проводившейся терапии, возрастом, состоянием больной и другими факторами.

Лечение больных, страдающих гиперпластическими процессами, очень часто начинается в амбулаторных условиях и нередко безуспешно проводится в течение длительного времени. Так, 48,7% больных, истории болезни которых были изучены, до направления в стационар лечились амбулаторно более 3 нед, 23,1% — до 3 нед и 12,8% — до 2 нед. Следует отметить, что 76,9% больных проводилась только симптоматическая терапия, эффективность которой была незначительной. Патогенетически обусловленное гормональное лечение проводилось только 23,1% больных с гиперпластическими процессами эндометрия.

На стационарное лечение больные были направлены со следующими диагнозами: 64,6% — геморрагическая метрпатия, 11,4% — полипоз эндометрия, 6,6% — маточное кровотечение, 6,0% — дисфункция яичников, 3,0% — миома матки, 1,8% — меноррагия, 1,8% — подозрение на рак тела матки, 1,2% — климактерическое кровотечение, 3,6% — неполный аборт, плацентарный полип, эндометрит, подозрение на внематочную беременность. После клинического обследования в стационаре у 67,7% больных установлена геморрагическая метрпатия, у 27,5% — полипоз эндометрия, у 3,6% — миома матки и у 1,2% — дисфункция яичников.

Исследования Л. Г. Вишневской показали, что у большинства больных отторжению подвергаются лишь небольшие участки поверхностного слоя гиперплазированного эндометрия, находящиеся в состоянии дистрофии и некроза. Наряду с явлениями гибели и отторжения ткани постоянно наблюдаются регенерация и рост ее, поэтому при лечении больных с гиперпластическими процессами эндометрия необходимо прибегать к выскабливанию матки. Исследований во время и после выскабливания матки мы не наблюдали.

Из приведенных данных видна нецелесообразность длительного амбулаторного лечения больных с гиперпластическими процессами эндометрия и необходимость по возможности более раннего выскабливания матки с диагностической и гемостатической целью. Самопроизвольная остановка кровотечения из гиперплазированной слизистой оболочки матки наблюдается редко, и нормализации менструального цикла после нее, как правило, не наступает.

Мы проанализировали длительность и характер стационарного лечения наших больных с гиперпластическими процессами эндометрия до выскаб-

ливания матки. При этом оказалось, что 26,3% больным сразу при поступлении в стационар произведено выскабливание матки. Такой тактики мы придерживаемся у больных в возрасте старше 40 лет, при подозрении на рак матки, в случае обильных кровянистых выделений из матки и при наличии у больных анемии. Большей половине (53,3%) больных с гиперпластическими процессами эндометрия выскабливание произведено в первые 3 дня пребывания в стационаре, остальным — после предварительного консервативного лечения.

Эти данные свидетельствуют о том, что большому числу больных с гиперпластическими процессами эндометрия в стационаре предварительно перед выскабливанием проводится консервативное, преимущественно симптоматическое лечение, нередко длительное время без должного эффекта. Такая тактика является нерациональной, она удлиняет срок излечения.

После выскабливания слизистой оболочки матки 54,3% больных с гиперпластическими процессами эндометрия находились в стационаре до 7 сут, 18,9% — до 10 сут и 26,8% — более 10 сут. 82,4% больных проводилось симптоматическое и противовоспалительное лечение, 12,8% — гормональное, 1,8 — рентгенокастрация и 3,0% — ампутация или экстирпация матки.

Для лечения больных с гиперплазией в возрасте до 40 лет мы применяли заместительную гормональную терапию или прогестерон. Женщинам старше 40 лет, страдающим частыми кровотечениями на почве гиперпластических изменений эндометрия, применяли андрогенные препараты. В последние годы для лечения больных с гиперпластическими процессами эндометрия в климактерическом периоде мы назначаем в течение 3—6 мес инфекундин. Лечение начинаем с 5-го дня после выскабливания и продолжаем 21 день с перерывом на 7 дней.

При выписке больных с гиперпластическими процессами эндометрия из стационара 31,2% была рекомендована гормональная терапия, в том числе 26,5% прогестерон во вторую половину менструального цикла, 1,2% — эстрогены в первую половину цикла и прогестерон во вторую половину его, 5,5% больных — инфекундин. Выключить менструальную функцию было предложено 19,7% больных с гиперпластическими процессами эндометрия, из них 14,2% женщин рекомендовались кастрационные дозы андрогенов, а 5,5% — рентгеновского облучения. Ампутация или экстирпация матки была предложена 4,9% больных, страдающих рецидивирующей атипической гиперплазией. 4,3% больных должны были продолжить противовоспалительную терапию, начатую в стационаре, при этом у ряда из них она должна была сочетаться с гормональным лечением.

Наша клиника при лечении больных с атипической гиперплазией исходит из положений о том, что переход этой патологии в рак не является обязательным. Озлокачествление атипической гиперплазии у молодых женщин наблюдается исключительно редко. Эти патологические изменения эндометрия могут подвергаться и обратному развитию (Б. И. Железнов, 1968, 1972; Behrens; Jompel и Silverberg, и др.).

По отношению к больным с атипической гиперплазией мы считаем рациональным придерживаться следующей тактики. В возрасте старше 40 лет при отсутствии склерокистозных яичников и гормонпродуцирующих опухолей яичников считаем показанной ампутиацию или экстирпацию матки в зависимости от состояния ее шейки. Если больные моложе 40 лет, мы проводим консервативное лечение, повторные выскабливания матки. К ампутации или экстирпации матки прибегаем только при нарастании степени интенсивности пролиферации и атипизма эпителия желез.

Проводимая дискуссия по проблеме гиперпластических процессов эндометрия будет способствовать выработке единого взгляда по вопросам сущности и терминологии этого патологического процесса и позволит рекомендовать широкому кругу практических врачей наиболее рациональную тактику при лечении больных.

ЛИТЕРАТУРА. Бохман Я. В. Рак тела матки. Кишинев, 1972.— Вишневская Л. Г. Акуш. и гин., 1961, № 6, с. 78.— Железнов Б. И. Там же, 1968, № 2, с. 33.— Он же. Там же, 1973, № 5, с. 1.— Мейпалу В. Э. Тезисы докл. 7-го Международного конгресса акушеров-гинекологов. М., 1973, с. 408.— Behrens H. Histologische Studien am Endometrium als Grundlagen klinischer Diagnostik. Leipzig, 1956.— Gompel C., Silverberg S. Pathology in Gynecology and Obstetrics. Brussels, 1969.

Поступила 4/XII 1973 года

HYPERPLASTIC PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM

N. F. Lyzikov, V. M. Zholnerovsky

The case histories of 877 women with hyperplastic processes of the endometrium were analyzed. These patients comprised 6.2 per cent of all the treated women in the gynecological hospital. Hyperplastic changes of the endometrium were revealed in 27.6 per cent of the investigated scrapes taken from the uterine mucosa.

The authors regard atypical hyperplasia as precancer. They consider it irrational to introduce the term carcinoma in situ of the endometrium. The expediency of an early curettage of the uterus with the diagnostic and hemostatic aim and with a subsequent therapy conditioned etiologically and pathogenetically is demonstrated.